

Name des Kindes: <input type="radio"/>		geboren am: <input type="radio"/>	
		in: <input type="radio"/>	
Adresse: <input type="radio"/>			
Staatsbürgerschaft: <input type="radio"/>		Religionsbekenntnis: <input type="radio"/>	
Muttersprache: <input type="radio"/>		sonstige Sprachen: <input type="radio"/>	
Kindergarten: ____ Jahre			
Adresse:			
Vater:	geb.:	Adresse:	
Mutter:	geb.:	Adresse:	
Erziehungsberechtigter:	Adresse:		Telefon:
Geschwister	Name:		Geburtsdatum:
AlleinerzieherIn: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
beide Eltern berufstätig: : ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
Geschwister an der Schule in: ____ Klasse			

Anmerkung: VA:

AO:

NOTFALLSADRESSE

Name des Kindes:		
Allergien:		
Versicherungsnr. des Kindes:	Versicherungsanstalt:	Name d. Versicherten:
Vater (Arbeit):		Telefon:
Mutter (Arbeit):		Telefon:
		Telefon:
		Telefon:
		Telefon: